

**Dipartimento di Prevenzione  
UOSD Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**

**RICHIESTA DI ESAME PROGETTO  
Per Attività alimentare**

Il/la Sottoscritt .....  
 nat... a.....il ..... Residente .....  
 Via..... C.F.....  
 in qualità di Legale Rappresentante dell'impresa .....  
 con sede legale in .....CAP ..... Città .....  
 tel. ....cellulare..... e-mail.....

**RICHIEDE**

l'esame progetto per la realizzazione dell'attività di .....  
 sita in .....via .....CAP.....

**Allega**

- 1) Relazione descrittiva del ciclo produttivo;
- 2) Relazione tecnico descrittiva sui requisiti strutturali dei locali in materia di igiene;
- 3) Planimetria del progetto in duplice copia in scala 1:50 (per grandi superfici scala 1:100), con layout delle attrezzature, rappresentazione dei percorsi sporco pulito e rappresentazione, ove presente, dei canali di immissione ed estrazione dell'impianto di aerazione con colorazione diversa;
- 4) Relazione tecnica sull'aerazione naturale o forzata
- 5) Ricevuta del bonifico attestante l'avvenuto pagamento intestato a ASL Roma 3 – U.O.S. D. – S.I.A.N. con codice IBAN IT53X010050326600000218000, di importo pari a € 41,32.

Roma, lì.....

Firma del richiedente